الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لبعض مرضى التهاب العصب السابع

د. نبيلة أمين على أبو زيد
أستاذ علم النفس المساعد
كلية البنات - جامعة عين شمس

المقدمة وأهمية المشكلة :

نشأت فكرة هذه الدراسة أساسا وتبلورت من خلال ما لمسته الباحثة عن قرب واستشعرت به من خلال خبرتها الشخصية بداية، بل وإن صح التعبير، انتشار هذا المرض لدى الكثيرين بصورة واضحة تتطلب فى جوهرها ضرورة التعرف على الجوانب والمصاحبات السيئة على بعض جوانب الشخصية ومن ثم انعكاس تلك العواقب على حياة الفرد.

وقد أمر رسول الله (ﷺ) بالتداوى وأخبر أنه ما من داء إلا وله شفاء، ولعل هذه الكلمات تحمل فى طياتها أن هناك داء قد يعترض حياة الإنسان بين الحين والآخر وعلينا أن نجتهد لاكتشاف أسبابه وطرق تشخيصه وعلاجه.

[بدرية كمال ١٩٩٤، ص١]

فالعلاقة بين النفس والبدن قائمة منذ خلق الله الإنسان، فسلوك الإنسان نتاج التفاعل بينهما، فالإنسان يعيش ويمارس الحياة كوحدة متكاملة فريدة فى إدراكه للواقعين الخارجى المحيط به والداخلى الذاتى، فنحن نسمع عن أمراض وتشخيصها وعلاجها إلا أنها بلا شك تسبب قلقاً وخوفاً لدى الفرد صحيح البنية وغيرة وتسبب رعباً عندما يكتشف الإنسان فجأة عدم قدرته على التحكم فى الكلام أو الضحك أو الأكل أي أن الوجه فشل جزء منه فى أداء وظائفه ومن ثم وجب عليه ومن معه أن يتصرف وبسرعة ليعود إلى طبيعته من هذا التشوه فى الوجه.

فالشخصية الإنسانية نتاج لمكونات بدنية وعقلية وانفعالية وبيئية بينها تفاعل مستمر غير قابل للفصل إلا لأغراض الدراسة، فكل جانب من جوانب الشخصية يؤثر ويتأثر بالجوانب الأخرى والتشوهات البدنية الظاهرة تمثل بعداً أساسياً من أبعاد تكوين الجسم الإنسانى.

ويشير «أريك فروم» لا نستطيع أن نفهم وظائف الفرد حتى نفهم كيف تتفاعل العوامل الشخصية مع البناء الحضارى والقدرات البيولوجية.

(Massey, 1981, P.193)

ولا أحسب أن هناك مرضى يحتاجون تدخلاً نفسياً سريعاً وجاداً مثل مرضى التهاب العصب السابع لإصابة الإنسان به فجأة، فيصاب المريض بالفزع والرعب للتشوه الوجهى.

هدف الدراسة :

تحاول هذه الدراسة إلقاء الضوء على بعض نواحى من شخصية بعض المرضى الذى يعانون من التهاب العصب السابع، ولا شك أن هؤلاء المرضى يعانون ضغوطاً حياتية كالتى يعانى منها الآخرين، هذا بالإضافة إلى الحالة النفسية التى يمرون بها أثناء فترة العلاج، فالخوف والأمل والترقب من نجاح العلاج والتقدم فى الشفاء وعدم ترك آثاراً تشوه الوجه، والتفكير فى حياته الاجتماعية، ومواجهة الآخرين وأيضاً عمله، لاشك أن ذلك فى حد ذاته يثير الكثير من الاضطرابات النفسية لدى المريض.

لذلك يتحدد هدف البحث فى :

١- تحديد ماهية الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لبعض مرضى التهاب العصب السابع (الشلل الوجهى).

٢- فهم طبيعة العلاقة بين الاضطرابات العضوية ممثلة فى الشلل الوجهى والاضطرابات الانفعالية المصاحبة لها ، فإدراك تلك العلاقة غاية فى حد ذاتها للأخصائى النفسى حتى يمكنه معرفة الأسس التى تقوم عليها.

تساؤلات الدراسة :

تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلات التالية:

١- هل هناك فروق دالة إحصائياً بين مرضي التهاب العصب السابع وغير المصابين من حيث الاكتئاب - الانطواء - القلق.

٢- هل هناك فروق داله إحصائياً بين مرضى التهاب العصب السابع باختلاف السن (شباب - مسنين).

٣- هل هناك فروق داله إحصائياً بين مرضي التهاب العصب السابع ومتغير الجنس (ذكور - إناث).

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مفحوصاً ممن يعانون من مرض التهاب العصب السابع (الشلل الوجهى)، ومن الأصحاء غير المصابين وذلك على النحو التالى:

١ - ٢٥ مفحوصاً من الذكور الذين تتراوح أعمارهم من ٢٥-٣٧ سنة ويعانون من الشلل الوجهى، ٢٥ مفحوصاً من غير المصابين.

٢ - ١٥ مفحوصة من الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن من ٢٥ - ٣٧ سنه ويعـانين من الشلل الوجـهى، ١٥ مفحوصة من غير المصابات.

٣ - ٢٠ مفحوصاً من الذكور الذين تتراوح أعمارهم من ٣٨-٥٥ سنه ويعانون من الشلل الوجهى، ٢٠ مفحوصاً من غير المصابين. وهؤلاء المرضى قد تم الحصول عليهم من مستشفى كوبرى القبة، مستشفى الجلاء للقوات المسلحة، مستشفى دار الشفاء، مستشفى القاهرة التخصصى، مستشفى كليوباترا بمصر الجديدة.

مصطلحات الدراسة :

القلق "Anxiety" :

يعرف كل من «عبد السلام عبد الغفار ١٩٨٠، دافيد شيهان ١٩٨٨» القلق بأنه خبرة إنفعالية غير سارة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديداً واضحًا له. وغالبًا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية مثل ازدياد عدد ضربات القلب - ارتفاع ضغط الدم - فقدان الشهية - وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به الفرد من عمل - وعدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة.

[عبد السلام عبدالغفار ، ١٩٨٠ ، ص١١٩ ، دافيد شيهان، ١٩٨٨، ص ص ١٧ : ١٨].

الاكتئاب "Depression" :

هو خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللا مبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة فى إيذاء الذات والتردد وعدم القدرة على البت فى الأمور والإرهاق وفقدان الشهية ومشاعر الذنب واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعد القدرة على بذل أى جهد.

(Coles, 1982: P.152), (Stutt, 1982: P.35), (Harre & Lamb, 1986, P.68), (Emery, 1988, P.7)

كما يعرف «حامد زهران» ، (١٩٨٧) الاكتئاب بأنه حالة يشعر فيها الفرد بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس دون سبب مناسب فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها، ولا هدف له فيها فتثبط عزيمته ويفقد اهتمامه بعمله وشئونه.

[حامد زهران ، ١٩٨٧ ، ص١٥٦]

الانطواء "Introversion: :

هو نمط فى الشخصية يميل بالفرد إلى العزوف عن الحياة الاجتماعية والابتعاد عن الآخرين وضعف صلاته بهم وقلة اهتمامه بمشاكلهم وعدم الاكتراث بمشاركتهم أنشطتهم ، فالمنطوى يجد لذته فى العزلة والانكفاء على ذاته والتمركز حول الذات وعدم إقامة علاقات مع الآخرين.

[فرج طه وآخرون .د.ت]

إذن فالانطواء مفهوم نفسى اجتماعى يمكن تعريفه بأنه عزلة اجتماعية وتمركز حول الذات ونقص العلاقات الحميمة والاجتماعية.

التهاب العصب السابع (الشلل الوجهى) :

يحدث الشلل الوجهى فجأة ويتزايد فى بداية المرض ولمدة أسبوعين. ثم يحدث تحسن بعد ذلك تدريجياً مع العلاج الطبى والعلاج الطبيعى وتأثير هذا الشلل يختلف من شخص لآخر طبقاً لدرجة التأثير على العصب ومكان التأثير على العصب.

ويوجد نوعان من الأعراض لالتهاب العصب السابع، الأعراض العامة والأعراض المصاحبة للعين :

أولاً ـ الأعراض العامة :

- ضُعف فى العضلات أو الشلل.
- اختفاء تجاعيد الجبهة.
- سقوط الجبهة.
- صعوبة فى حركة العين.
- التهاب الأنف.
- صعوبة فى الكلام.
- صعوبة فى الأكل والشرب.
- حساسية للصوت.
- زيادة أو قلة اللعاب.
- ورم فى الوجه.
- اختلال فى التذوق.
- ألم فى الأذن.

ثانياً ـ أعراض مصاحبة للعين :

- صعوبة غلق العين أو استحالتها.
- نقص فى الدموع.
- سقوط فى الحاجب.
- دموع العين لا تغطى القرنية وعدم التحكم فيها.
- سقوط فى الجفن السفلى للعين.
- حساسية للضوء.

والإصابة للعصب يمكن أن تكون مؤقتة وبسيطة وفى هذه الحالة يكون الشفاء كاملاً وسريعاً وأحياناً الإصابة تكون شديدة ولفترة طويلة، وفى هذه الحالة يطول العلاج ويترك آثاراً جانبية، والآثار الجانبية للمريض يمكن أن يحدث منها أثر واحد فقط أو مجموعة من الآثار التى تظل مع المريض طول حياته وهذه الآثار هى:

- تظهر العين أصغر.
- يظل غلق العين وفتحها غير منتظم وغير كامل.
- اضطرابات فى الدموع.
- الضحك غير متساوى.
- اضطرابات فى الجيوب الأنفية.
- التهاب الأنف مع المجهود الجسمانى.
- أحياناً تحدث أنواع من التقلصات فى الجزء الذى أصيب.
- عرق مع المجهود الجسمانى.
- استرخاء العضلات مع المجهود أو مع المرض.
- حدوث تصلب فى العضلات فى مواجهة البرد.
- حدوث انقباضات فى العضلات بين مجموعة مختلفة من العضلات.
- أحياناً تحدث إثارة لبعض الأعصاب الأخرى مع التهاب العصب السابع.
- بعد الشلل فى العضلات يحدث لها زيادة فى الانقباض وهذا يعنى أنه تكون أنشط بمعنى أنها تنقبض فى وقت الراحة مثل انقباض عضلات الفم وصعوده إلى أعلى أو تحرك عضلات الخد.

الشكل رقم (١)

ويوضح لنا الشكل رقم (١) والشكل رقم (٢) أعراض المرض وتطوره.

الشكل رقم (٢)

العلاج والشفاء :

الشفاء غير ثابت لكل المرضى، فبعض الناس يحدث لهم التقدم فى العلاج فى الفم أولاً قبل العين، والبعض الآخر يحدث لهم التقدم فى الجفن قبل الفم وأحياناً يحدث انقباض فى العضلات قبل الحركة الكاملة، يبدأ الإحساس بالألم فى هذه الأماكن المصابة، ويعود الإحساس بالتذوق مع بعض الناس ولا يحدث مع البعض الآخر.

والشفاء يمكن أن يكون تدريجياً أو يكون سريعاً فى بعض الحالات والعلاج الطبيعى فى هذا المرض له دور فعال وهام فهو يقلل عدم التساوى فى الشكل ويحسن الحركة حتى لو بدأ العلاج بعد فترة طويلة من الإصابة بالشلل.

ويتأثر المريض نفسياً عندما تطول فترة المرض أو أن يكون المرض قد ترك آثاراً جانبية بعد الشفاء فيكون تأثيرها كبير، ولا يشعر الأصدقاء والعائلة والطبيب أيضاً بمدى إحساس المريض الداخلى بهذا المرض، فهم لا يشعرون بالإحباط والصعوبة التى يحاول فيها المريض أن يتغلب بها على هذه الإصابة.

(Beus Palsy, 2002, P.1)

أدوات الدراسة :

١- مقياس بعض الاضطرابات الانفعالية لمرضى التهاب العصب السابع :

استلزم إجراء الدراسة الحالية استخدام بعض المقاييس والتى قامت الباحثة بإعدادها لأغراض البحث ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية وفيما يلى عرضاً للخطوات المنهجية التى أتبعت فى تصميم هذه المقاييس.

١- أجرت الباحثة دراسة مسحية لبعض المصادر والأجنبية فى مجال الطب النفسى إضافة إلى الرجوع لنتائج الدراسات السابقة وذلك للتعرف على طبيعة الاضطرابات الانفعالية وتعريفاتها وأبعادها ومكوناتها والسلوكيات المتعلقة بها وبصفة خاصة لدى بعض المرضى وقامت الباحثة بالاطلاع على ما تيسر لها من العديد من مقاييس الاكتئاب والقلق والانطواء للاستفادة من محاولات من سبقها من الباحثين فى هذا المجال فضلاً عن خبرة الباحثة الشخصية من خلال تعاملها ومعايشتها مع بعض مرضى التهاب العصب السابع وهذه المقاييس هى: مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - بل للتوافق - إيزنك للشخصية - اختبار الشخصية للشباب لجنسن - استفتاء الشخصية لكاتل - بك للاكتئاب - الاضطرابات الوجدانية «لودورت ومانيوز» - وزنج للاكتئاب - وتيلور للقلق الصريح - والقلق الهائم «لدافيد شهيان» - استخبار الشخصية «ليجليفورد وزيمرمان» - وعوامل الشخصية للراشدين «لعطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار».

وقد استعانت الباحثة ببعض عبارات هذه المقاييس والاختبارات بعد صياغتها بما يتفق وأسلوب البحث الحالى.

٢- أعدت الباحثة سؤالاً مفتوحاً حول مشاعر المريض وإحساسه ومشاكله وآلامه النفسية التى يشعر بها بسبب الإصابة.

٣- طبقت الباحثة هذا السؤال على عينة مكونة من عشر حالات من مرضى التهاب العصب السابع تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠-٥٥ سنه من الذكور والإناث.

٤- قامت الباحثة بإعداد وتحديد بنود المقياس وقد حرصت الباحثة أن تشتمل على الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لحالة التهاب العصب السابع كما

أظهرتها الاستجابة على السؤال المفتوح وهى القلق والاكتئاب والانطواء.

٥- قامت الباحثة بوضع بنود المقياس وراعت فيها أن تكون فى شكل عبارات قصيرة قدر الإمكان حتى يسهل وضوحها وفهمها ببساطة وأن لا تحتمل أكثر من معنى فى وقت واحد، وقد أسفرت تلك الخطوة عن الاستقرار على تحديد مجموعة من البنود المقترحة بلغ عددها (٣٨) بنداً.

٦- تم عرض المقياس فى صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين فى مجالات علم النفس والصحة النفسية بهدف تحديد مدى صلاحية كل عبارة على حدة فى قياس الاضطرابات الانفعالية (اكتئاب - قلق - انطواء) وأيضاً تحديد صلاحية المقياس ككل لقياس كافة مظاهر الاضطرابات الانفعالية وكذلك اقتراح هدف أو إجراء أى تعديلات فى صياغة البنود أو إضافة بنود أخرى جديدة.

٧- أسفرت هذه الخطوة عن تعديل صياغة ثلاث عبارات مع استبقاء كل بنود المقياس كما هى حيث اتفقت آراء جميع المحكمين على صلاحية ومناسبة كل بنود المقياس.

٨- وبناء على ذلك تم الاستقرار على الصورة النهائية لعدد بنود المقياس وهى (٣٨) بنداً، ومن ثم فالدرجة الكلية للمقياس تتراوح من صفر إلى ٣٨ درجة، والدرجة المرتفعة تعنى ارتفاع معدل الاضطراب الانفعالى، والدرجة المنخفضة تعنى انخفاض معدل الاضطراب الانفعالى، والصفر يعنى عدم وجود الاضطراب حيث أن المحك هو وجود الدرجة من عدمه.

٩- قامت الباحثة بعد ذلك بإجراء تجربة استطلاعية بهدف التأكد من قدرة المفحوصين على فهم تعليمات المقياس وألفاظه وعباراته وذلك على عينه من ١٠ من المرضى، وقد تم الخروج من هذه الخطوة بالاطمئنان الكامل لحسن صياغة بنود المقياس حيث يصدر أى استفسار أو استفهام من أى من المرضى عن أى كلمة ولفظ أو معنى بصفة عامة.

١٠- بعد ترتيب عبارات كل اضطراب عشوائياً قامت الباحثة بترتيب عبارات المقياس بطريقة حيادية فوضعت العبارة الأولى للقلق ثم الأولى للانطواء ثم الأولى للاكتئاب، بعد ذلك العبارة الثانية لكل منهم ، وهكذا بالنسبة لباقى عبارات المقياس حتى لا تتأثر بنود اضطراب دون الآخر بعامل التعب والملل.

وقد وجدت الباحثة أنه من الأفضل والمناسب ضرورة عدم ذكر اسم المقياس صراحة حتى لا يكون هناك مجالاً للتزييف والقلق والحساسية من قبل المفحوصين.

الجدول رقم (١) ويوضح البعد والعبارات الدالة عليه

البعـــد	العبارات الدالة عليه
القـلـق	١ - ٤ - ٧ - ١٠ - ١٣ - ١٦ - ١٩ - ٢٢ - ٢٥ - ٢٨ - ٣١ - ٣٤ - ٣٧ .
الانطـواء	٢ - ٥ - ٨ - ١١ - ١٤ - ١٧ - ٢٠ - ٢٣ - ٢٦ - ٢٩ - ٣٢ - ٣٥ - ٣٨ .
الاكتئـاب	٣ - ٦ - ٩ - ١٢ - ١٥ - ١٨ - ٢١ - ٢٤ - ٢٧ - ٣٠ - ٣٣ - ٣٦ .

٢- اختبار تفهم الموضوع "T.A.T" :

وهو اختبار اسقاطى الهدف من استخدامه التعرف على المستويات العميقة واللاشعورية ومحاولة التوصل إلى فهم أعمق للصراع الذى يكتنف أفراد العينة من مرضى التهاب العصب السابع، وقد استخدمت الباحثة البطاقات التى تناسب غرض الدراسة والتى تتميز بقدرة محتواها على استجلاب مستويات متعمقة من الاستجابة بما يخدم هدف الدراسة وذلك من خلال الاطلاع على الرسائل الجامعية والأبحاث، وأيضاً وافق عليها اثنان من أساتذة علم النفس على ملاءمتها لهدف البحث وهذه البطاقات هى (10-15-14-12 M)، واعتمدت الباحثة فى هذه الدراسة على منهج التحليل الرمزى بعد الاطلاع على ما كتب عن اختبار تفهم الموضوع «الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع» ١٩٧٤، وذلك من خلال تحليل صور ومضمون ما تدور حوله أحداث الصور واستخلاص النهايات التى تتضح من القصص كلها والانفعالات الغالبة على الصور.

طبقت الباحثة الاختبار على عشر حالات من المرضى وعشر حالات من الأصحاء من الجنسين بالنسبة لعينة المرضى (٥) حالات ممن تتراوح أعمارهم بين (٣٨ : ٥٥) سنه، أما عينة الأصحاء وهى عشر حالات أيضاً خمس حالات ممن تتراوح أعمارهم بين (٢٥ : ٣٧) سنة من الجنسين وخمس حالات تتراوح أعمارهم من ٣٨ - ٥٥ سنه من الجنسين أيضاً.

وقد كانت الباحثة تقوم بالتطبيق بالطريقة الفردية وفى جلسة منفردة مراعاة لمشاعر وأحاسيس المريض، وحرصت الباحثة أن تترك للمفحوص فرصة التداعى حول الصور دون مقاطعة للاستفادة إلا بعد أن يبدى ما يوضح أنه أنهى استجابته.

ثبات التات: يفيد كل من «صفوت فرج ورشدى فام وفرج أحمد» أن الاختبار ثابت عن طريق إعادة التطبيق وقد تراوح معامل الثبات ما بين ٠,٦ - ٠,٩٠ .

[صفوت فرج ، ١٩٨٠، مجـ ٦٣٩، رشدى فام، فرج أحمد، ١٩٧٤، مجـ ٢٢]

صدق التات : يقول «صفوت فرج» يرى فريمان أن التات صادق تكوينياً من خلال منطق إسقاط الحاجات والضغوط.

[صفوت فرج، ١٩٨٠، مجـ ٦٤]

ويقول «فام وفرج» أوضح عدد كبير من الدراسات صدق التات لأغراض متعددة.

[رشدى فام، فرج أحمد، ١٩٧٤، مجـ ٣]

عرض وتفسير تساؤلات الدراسة :

التساؤل الأول :

والذى ينص على «هل هناك فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات مرضى التهاب العصب السابع وبين الأصحاء من حيث المتغيرات الآتية (القلق - الانطواء - الاكتئاب). ويوضح لنا الجدولين رقم (٢ ، ٣) دلالة الفروق بين المرضى والأصحاء على مقياس الاضطرابات الانفعالية.

جدول رقم (٢)

أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
مرضى أصحاء	٦٧,٩ ٤٤,٩	٨,٢ ٦,٧	٢١,٧	٠,٠٠١

جدول رقم (٣)

المتغيرات	أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
القلق	مرضى أصحاء	٢٥,٢ ١٦,٠	٥,٠٢ ٤,٠٠	١٦,٨	٠,٠٠١
الانطواء	مرضى أصحاء	٢٦,٧ ١٧,٠٠	٥,٢ ٤,١	٥,٧	٠,٠٠١
الاكتئاب	مرضى أصحاء	٢٤,٩ ١٥,٠٠	٤,٩ ٣,٧	١٥,٩	٠,٠٠١

من الجدولين السابقين (٢ ، ٣) يتضح لنا أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين مرضى التهاب العصب السابع ، وبين الأصحاء. وكانت قيمة (ت) = ٢١,٧ على مقياس الاضطرابات الانفعالية وهذا يعنى أن المرضى يعانون من الاضطرابات الانفعالية أكثر من الأصحاء نتيجة للظروف المرضية التى يمرون بها ، بينما قيمة [ت] = ١٦,٨ ، وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ من حيث القلق، وقيمة [ت] = ٥,٧ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ من حيث الانطواء، وقيمة [ت] = ١٥,٩ وهى قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٠١ من حيث الاكتئاب. وجميعها لصالح المرضى، وهذه النتائج تعنى تحقق صحة التساؤل الأول من أن مرضى التهاب العصب السابع، أو الشلل الوجهى يشعرون بزملة أعراض الاضطراب الانفعالى من [انطواء ـ قلق ـ اكتئاب] أكثر من الأصحاء ، حيث ترتفع معدلات هذه الاضطرابات عند المرضى أكثر من الأصحاء، فهناك علاقة واضحة بين هذا التشوه الوجهى والاضطرابات الانفعالية المصاحبة لها ، وهذه العلاقة علاقة تبادلية . فالفرد ككائن يتأثر ويؤثر فى الظواهر المرتبطة به، والشلل الوجهى الظاهر ، والبيئة الاجتماعية، وما ينتج عنها من ردود فعل سالبة تجاه هذا التشوه كلها عوامل تتفاعل مع بعضها ليحدث الاضطراب الانفعالى.

ويشير «إنك Ince» أن العجز البدنى يؤدى إلى مشاكل انفعالية ، مثل القلق والاكتئاب والانسحاب والعصبية.

(Nolan & Pless, 1986; p. 201; Shontz, 1980;p.15)

فوضع مريض الشلل الوجهى يجعله فى هيئة مثيرة للناظرين ، كما يجعله فى حالة غير طبيعية من حيث الاضطراب فى حركات الوجه كالضحك أو الكلام أو الأكل، كما يؤثر فى مظهر العين فى الجانب المصاب، حيث تظل حدقة العين مفتوحة باستمرار، ولا يستطيع المريض إغلاقها تماماً، مما يضطره إلى وضع غطاء على العين لحمايتها من التلوث، وهذا يشعره بالإحباط والعجز وعدم قدرته على مواجهة الآخرين ويضطرب انفعالياً.

فصورة الجسم تمثل بعداً أساسياً فى البناء النفسى، والوجه يمثل أهمية خاصة للإنسان فهو مرآة التقبل النفسى، لذلك فأى تشوه بالوجه يؤثر سلبياً على حياة المرء النفسية والاجتماعية ، فالوجه لبنة أساسية فى بناء مفهوم الفرد عن ذاته وتوافقه النفسى.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة «بيرتشك، و تيكر» (١٩٨٧) حيث توصلوا إلى أن تشوه الوجه له أثره النفسى على التوافق النفسى، وقد أظهر المرض مشكلات فى التوافق الاجتماعى، ومفهوم الذات والاكتئاب والقلق والانطواء والعزلة الاجتماعية .

(Pertschuk & Whitaker, 1987; p.p. 163: 166)

فمريض التهاب العصب السابع يميل إلى الانطواء والعزلة فترة المرض والعزوف عن الحياة الاجتماعية والابتعاد عن الآخرين ، فهو يجد نفسه ومتعته فى العزلة ، وعدم مشاركة الآخرين فى الأحاديث ويرفض مواجهة الناس ويرفض الذهاب إلى عمله ، وهذا بالتالى يؤدى إلى حدوث انعزال تدريجى طوال فترة العلاج وحدوث اكتئاب.

وعلى الرغم من أن الأطباء يؤكدون للمريض أن فترة مرضه مرحلة حرجة سوف تمر بسلام مع متابعة العلاج والعلاج الطبيعى، ولكنها تحتاج إلى فترة تتراوح ما بين ثلاثة أشهر إلى ستة أشهر للشفاء التام مع وجود احتمال لترك بعض الآثار بالعين [انكسار بالجفن].

ومع هذا فإن الأوقات العصيبة التى يمر بها المريض والنظر المستمر فى المرآة أملاً فى التحسن تجعله يشعر بالكآبة وفقدان الاستمتاع بالحياة ، والنظرة المتشائمة. وقد يؤدى ذلك إلى زيادة اعتقاد المريض فى المآل السيىء له، وربما ترك آثار تشوهات بالوجه والعين ، وربما استحالة الشفاء منه، وهذا يؤدى به إلى القلق والخوف والاكتئاب.

وقد أشار كل من «أحمد عبد الخالق ومايسة النيال» (١٩٩٢) إلى أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية فى الآونة الأخيرة تتأثر بتفاعل عوامل شتى نفسية واجتماعية وجسمية واقتصادية وقد رفع ذلك بالتأكيد من احتمالات تعرض الإنسان المعاصر لمختلف ضروب الضغوط أو المشقة، وتنعكس هذه الضغوط على الصحة النفسية والجسمية للإنسان فتنشأ أمراض واضطرابات شتى تتخذ صوراً وأشكالاً نفسية أو جسمية أو نفسجسمية.

[أحمد عبدالخالق ومايسة النيال، ١٩٩٢، ص٥٧]

التساؤل الثانى :

للإجابة على التساؤل الثانى الذى ينص على «هل هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات مرضى التهاب العصب السابع (الشلل الوجهى) باختلاف السن (شباب ـ كبار السن) ؟

قامت الباحثة بحساب النسبة [ت] بين كل من الشباب من الجنسين والذين تتراوح أعمارهم بين [٢٥:٣٥] سنة، وكبار السن والذين تتراوح أعمارهم بين [٤٠:٥٥] سنة من المصابين بمرض الشلل الوجهى ، ومعرفة دلالة الفروق.

ويوضح لنا الجدولين رقم [٤ ، ٥] دلالة هذه الفروق بين المجموعتين على المقياس ككل، وعلى متغيرات الدراسة [قلق ـ انطواء ـ اكتئاب] .

جدول رقم (٤)

يوضح دلالة الفروق بين مجموعتى الشباب وكبار السن من المرضى على مقياس الاضطرابات الانفعالية

أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
مرضى من الشباب من الجنسين	٨٢,١	٩,١	٩,٥	٠,٠٠١
مرضى من كبار السن من الجنسين	٦٠,٠	٧,٧		

جدول رقم (٥)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط المجموعتين [شباب - كبار السن] على متغيرات البحث [قلق ـ انطواء ـ اكتئاب]

المتغيرات	أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
القلق	شباب	٣٠,١	٥,٤	٢,٨	٠,٠٥
	كبار السن	٢٣,٠	٤,٧		
الانطواء	شباب	٣٢,٧	٥,٧	٦,٩	٠,٠٠١
	كبار السن	٢٣,٠	٤,٧		
الاكتئاب	شباب	٣٠,١	٥,٤	٦,٢	٠,٠٠١
	كبار السن	٢٢,٠	٤,٦		

من الجدولين السابقين رقم (٤ ، ٥) يتضح لنا أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المرضى من الشباب من الجنسين [ذكور ـ إناث]، وبين المرضى من كبار السن من الجنسين [ذكور ـ إناث]، وكانت قيمة [ت] دالة إحصائياً لصالح مجموعة الشباب على المقياس ككل، وهذا يعلى أن المرضى من الشباب يشعرون ويعانون من الاضطرابات الانفعالية بدرجة أكبر من كبار السن المرضى، كما هو موضح فى الجدول رقم (٤).

ومن الجدول رقم (٥) الذى يوضح دلالة الفروق بين متغيرات البحث بين المجموعتين الشباب وكبار السن على [القلق ـ الانطواء ـ الاكتئاب] يتضح ما يلى :

١- هناك فروقاً دالة إحصائياً لقيمة [ت] لصالح مجموعة الشباب على القلق عند مستوى ٠,٠٥ .

٢- هناك فروقاً دالة إحصائياً لقيمة [ت] عند مستوى ٠,٠٠١ لصالح مجموعة الشباب على الانطواء.

٣- هناك فروقاً دالة إحصائياً لقيمة [ت] عند مستوى ٠,٠٠١ لصالح مجموعة الشباب على الاكتئاب.

مما سبق يتضح لنا أن المرضى من الشباب لديهم اضطرابات انفعالية بدرجة أكبر من المرضى من كبار السن، فالشلل الوجهى يجعل المريض يعانى من الحزن والإحباط وخيبة الأمل ويشعر بالتشوه الوجهى ويبتعد عن الآخرين خوفاً من نظرة الشفقة ، ولذلك فهو يقع صريع للقلق من عدم الشفاء التام ، أو أن يترك المرض آثاراً بالوجه ، وهو وجهه التقبل الاجتماعى، وهو أيضاً فى بداية حياته وأمامه المستقبل والحياة الاجتماعية التى يعيشها ، أو مقبل عليها.

وقد أشار كل من «علاء كفافى ومايسة النيال» (١٩٩٧) أن القلق قاسم مشترك أعظم فى كل الاضطرابات العصبية ، وهو الخاصية المركزية فى مجموعات اضطرابات القلق ، وقد صاغت الرابطة الأمريكية للطب النفسى .A.B.A أكثر تعريفات القلق قبولاً قائلة : [أن القلق خوف أو توتر ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة، أو غير واضح المصدر ويصاحب كلاً من القلق والخوف متغيرات فيزيولوجية، ولكن القلق رعب مجهول المصدر أو السبب، أو إحساس يتضمن الشعور بالخطر ، والتحطيم الوشيك.

[علاء كفافى ومايسة النيال، ١٩٩٧ ، ص١٢٣]

كما أن المريض عندما يصاب بهذا الشلل الوجهى يتعرض لصدمة لا يقوى على تحملها، أو تقبلها لأنه يتوقع التهديد لمظهره وذاته ويؤدى إلى شعوره بالخوف الغامض من عدم شفائه تماماً من هذا التشوه فينطوى على نفسه ولا يستطيع مواجهة الآخرين ويفضل العزلة . وقد أشار بعض المرضى أنهم نتيجة هذه الإصابة يفقدون الشهية للطعام، وقلة النوم وعدم الرغبة فى ممارسة أى نشاط حتى لا يراه أحد، وهذا الحزن والقلق والانطواء يؤدى إلى الشعور بالاكتئاب.

وقد أشار «بشير معمرية» (٢٠٠٠) إلى أن الحزن والقلق محوران رئيسيان فى الشخصية المصرية ، ولذا من السهل أن تكون عرضة للاكتئاب.

[بشير معمرية، ٢٠٠٠ ، ص١٢٣ ، و رشاد عبدالعزيز موسى، ١٩٨٩ ص٤٤]

وقد يكون شعور المريض بالاكتئاب نتيجة شعوره بالخوف والتشاؤم والتوتر والانسحاب الاجتماعى، وفقدان

الشهية ونتيجة تعرضه للأزمة الطارئة التى تعرض لها وهى الشلل الوجهى ويظل فى حالة توتر وقلق وحزن لأنه لا يعرف مصير وجهه بعد ذلك، هل سيشفى تماماً ويعود وجهه إلى طبيعته؟ أم أن هذا المرض سيترك آثاره السلبية عليه؟ فالشباب هم أكثر الفئات حساسية للموقف المحبط المتأزم لأنهم الأكثر وعياً وانفعالاً بما يتعرضون له.

وقد يكون هذا الاكتئاب اكتئاب تعرضه لهذه الأزمة، ولكن بعد شفائه قد يعود إلى طبيعته مرة أخرى.

وهذا ما أشار إليه «محمد توفيق» (١٩٩٧) بما يسمى باكتئاب الأزمة Crisis de Pression ويحدث هذا الاكتئاب نتيجة لحدوث أزمة، لا يستطيع الفرد حلها. ويترتب على ذلك شعور بالوهن والحزن واليأس ويعكس اكتئاب الأزمة شعور الفرد بفقدان الأمل وفقدان العزيمة وفقدان الاهتمام بالآخرين والميل إلى الانسحاب، ويعود الفرد إلى المستوى الطبيعى من النشاط بعد العلاج.

[محمد توفيق، ١٩٩٧، ٣٠: ٣٢]

كما توصل كل من «ميندل» (١٩٩٥) و «جيمس» (١٩٩٣) و «كاندل» (١٩٩٣) إلى أن الاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التى تسبب اضطرابات النوم، واضطرابات الأكل، وصعوبات فى الانتباه.

(Mindell, 1995, p.p. 695: 725; James, 1993, p.p. 153: 162; Candeall, 1993, p.492)

أما المرضى من كبار السن، والتى تتراوح أعمارهم بين سن [٤٠ : ٥٥] سنة، فقد كانت الاضطرابات الانفعالية لديهم من [قلق ـ انطواء ـ اكتئاب] بدرجة أقل من الشباب رغم أن الإصابة واحدة، وقد يكون ذلك راجعاً إلى أن الفرد كلما تقدم به العمر تكون لديه القدرة على مواجهة الأزمات بدرجة أكبر وأشد والرضا بالواقع، كما أن الفرد فى هذا العمر قد يكون لديه توقع بالإصابة ببعض الأمراض التى تكون مصاحبة للفرد فى هذا السن، أو يكون عرضه بدرجة أكبر للإصابة بها. كما أنه يكون قد كون حياة اجتماعية مستقرة وتحيط به أسرته التى يشعر معها بالأمان والتخفيف من الإصابة فلا يخجل من مواجهة الآخرين.

وقد أشار البعض إلى أنهم رغم الإصابة يذهبون إلى عملهم مع متابعة العلاج الطبيعى والتمرينات، وأن الأهم فى فترة العلاج هو الصبر لطول المدة فالتقدم يحدث ببطء، ولذلك فالمهم عدم الشعور باليأس والملل، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة «غريب عبد الفتاح» (١٩٩٣) فقد توصل إلى وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب والعمر، بمعنى أن الاكتئاب يقل مع التقدم فى السن.

[غريب عبد الفتاح، ١٩٩٣، ص.ص. ٢٥: ٧٤]

ويشير «بيتر Peter» (٢٠٠١) أن الاكتئاب هو أحد أشكال الاضطرابات الانفعالية مع سيادة حالة المزاج المتكدر، وأن له مجموعة من الأعراض الاكتئابية تبدو فى صورة شكاوى جسمية نفسية مثل شعور بالوحدة والعزلة وانخفاض تقدير الذات.

(Peter, 2001, p.155)

التساؤل الثالث:

وفيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الثالث الخاص بمعرفة مدى دلالة الفروق بين مرضى التهاب العصب السابع [الشلل الوجهى] باختلاف الجنس [ذكور ـ إناث]

يوضح لنا الجدولين رقم [٦ ، ٧] دلالة الفروق بين المجموعتين .

جدول رقم (٦)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات

على المقياس ككل باختلاف متغير الجنس

أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
ذكور إناث	٧٠ ٧٥	٨,٣ ٨,٦	١,٨	غير دال

جدول رقم (٧)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات وقيمة [ت] ودلالتها الإحصائية بين الجنسين [ذكور – إناث] طبقاً للمتغيرات الآتية [القلق – الانطواء – الاكتئاب]

المتغيرات	أبعاد المقارنة	م	ع	ت	مستوى الدلالة
القلق	ذكور إناث	٢٦,٠٠ ٢٧,٠٠	٥,١ ٥,١	٠,٦٢	غير دال
الانطواء	ذكور إناث	٢٧,٨ ٣٠,٠	٥,٢ ٥,٤	١,٢	غير دال
الاكتئاب	ذكور إناث	٢٦,٠٠ ٢٧,٠٠	٥,٠ ٥,٢	٠,٦٢	غير دال

مما سبق يتضح لنا ما يلى :

- لا توجد فروق دالة إحصائياً لقيمة [ت] بين الجنسين [ذكور - إناث] على مقياس الاضطرابات الانفعالية.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً لقيمة [ت] بين الجنسين [ذكور - إناث] لمتغير القلق.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً لقيمة [ت] بين الجنسين [ذكور - إناث] لمتغير الانطواء.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً لقيمة [ت] بين الجنسين [ذكور - إناث] لمتغير الاكتئاب.

مما سبق ترى الباحثة أن قيمة [ت] غير دالة إحصائيًا بين الجنسين [ذكور - إناث] على مقياس الاضطرابات الانفعالية وعلى متغيرات [القلق - الانطواء - الاكتئاب].

وهذا يعنى الاتفاق بين الجنسين فى مشاعرهم واضطراباتهم نتيجة الإصابة المرضية بالشلل الوجهى، وقد يكون ذلك راجعًا إلى أن الشباب من الجنسين والتقارب بينهم فى العمر، ونتيجة الحالة المرضية التى يعيشونها يميلون إلى إبداء العجز وقلة الحيلة وعدم الرضا حتى يتلقون الدعم والمساندة من الآخرين المحيطين بهم، وهذا بمثابة تعزيز لهم. وبالتالى يحدث الاشتراط بين استجاباتهم الاكتئابية والعطف الذى يتلقونه أى التعزيز، والنتيجة هى استمرار استجاباتهم الاكتئابية حتى يظهر أى تقدم فى العلاج. وبالتالى يستمر استدرار الحب وجلب الدعم والعطف والشفقة من الآخرين وتقبل المجتمع لما يبديه المرضى من أعراض وجدانية وانفعالية نتيجة لمرضهم والتماس العذر لهم.

نتائج اختبار تفهم الموضوع:

تشير نتائج تطبيق اختبار تفهم الموضوع إلى أن مرضى التهاب العصب السابع [الشلل الوجهى] يشعرون باليأس والحزن، وهى علامات اكتئابية، ويفضلون العزلة وتجنب الآخرين، وهى رموز للانطواء ويشعرون بالخوف والفزع، وهى علامات على القلق، بينما لم تتضح هذه الدلالات فى مستدعيات الأصحاء التى ذكروها فى قصصهم.

فتشير استجابات المرضى إلى وجود أعراض الاضطراب الانفعالى ممثلة فى القلق والاكتئاب والانطواء، حيث تشير استجابات أفراد العينة من المرضى إلى الشعور بالعزلة والانطواء فى البطاقة (16) [أتمنى أشوف نفسى بين الناس]، وفى البطاقة (3 B U) [بعدها عن الناس يريحها نفسيًا - مش عايز يختلط بالناس - بيحب يبعد عن الناس - مش عاوز يشوف حد]، وفى البطاقة (14) [هو منطوى]، وفى البطاقة (15) [تدل العبارة على البعد عن الناس]، وتظهر مشاعر القلق فى البطاقة (8 B U) [الولد ده قلقان - الخوف من المستقبل - يمكن واحد يقتله - ويمكن بيهدده]، والبطاقة (1) [دايما قلقان]، وبينما تشير البطاقة (12 M) [الحديث عن الطبيب النفسى - حد جاى يخنقها وهاتقوم مفزوعة]، كما تظهر المشاعر الاكتئابية فى البطاقة (8 B U) [قاعد حزين وشايف الدنيا سوده - واضح أن المريض يتألم - قاعد فى البيت حزين ما بيخرجش وزعلان]، وفى البطاقة (3 B M) [واحدة بتعيط - وشها مشوه - واحد مريض قاعد فى البيت]، وفى البطاقة (16) [كان دايما حزين عشان الفقر والمرض - واحد معوق] وفى البطاقة (12) [واحد كفيف]، وفى البطاقة (15) [واحد عجوز].

تفسير قصص المرضى:

البطاقة (3 B M) تعبر قصص المرضى عن الشعور بالانطواء والاكتئاب ممثلة فى الحزن والبكاء واليأس وكلها مشاعر سلبية، والطابع السلبى هو الشائع فى قصصهم، فالبطل عاجز مريض مشوه، ولا توجد نهايات سعيدة فى أى قصة، وقد أنكروا جميعاً وجود المسدس، مما يدل على كبت النزعات العدوانية، وقد اختلفوا فى تحديد جنس البطل، فالبعض رأى أنه أنثى، والبعض رأى أنه ذكر.

البطاقة (8 B M) النشاط الواضح هو إجراء جراحة، إلا أن أحدهم رأى أنها تهديد بالقتل والمشاعر السائدة ألم ويأس، ولا أثر لأى جريمة فى قصصهم، وقد أنكروا جميعاً وجود البندقية، مما يدل على كبت النزعات العدوانية وتتفق هذه الاستجابات مع الاستجابات الشائعة للتات.

البطاقة (12 M) النشاط السائد طبيب يكشف على مريضة، ولكن اختلف نوع المرض، فالبعض يراه طبيب نفسى، والنشاط الثانى هو النوم والقيام فى فزع، أما الانفعال السائد فهو القلق ممثل فى الخوف من الخنق والمستقبل، كما تعبر عن الألم النفسى والاكتئاب، وهى انفعالات سلبية، ولم يوضحوا جميعًا أثر الكشف الطبى، مما يدل على قلقهم من حالتهم الصحية.

البطاقة (14) تعبر القصص عن شخص منطوى متعب نفسياً قلق يجلس أو يقف بجوار الشباك على أمل أن يستريح نفسيًا، فالقصص تعبر عن الشعور بالعجز والقلق والانطواء والاكتئاب ولم يحددوا نهاية القصص.

البطاقة (15) لا تتفق استجابات العينة مع الاستجابات الشائعة إلا قليلاً، حيث أدرك المقابر اثنين فقط، بينما رأى البعض أنها لشخص يدعو الله أن يشفيه، والبعض رأى أنه رجل عجوز والنشاط الغالب سلبى ولا أثر للانفعال إلا الخوف من الأشباح.

البطاقة (16) تعبر قصصهم فى مجملها عن رغبتهم فى الشفاء والتخلص من المرض، كما تعبر القصص عن إدراكهم لاختلافهم عن الآخرين نتيجة التشوه. وتتضح المشاعر الاكتئابية التى يرغبون فى التخلص منها.

مما سبق يتضح لنا أن أكثر المشاعر وضوحًا فى استجابات عينة المرضى هى المشاعر الاكتئابية

بانفعالاتها السلبية [كالحزن - البكاء - اليأس الشديد]، وتتضح مشاعر القلق من خلال الخوف والفزع والخوف من المستقبل. كما أن العزلة والانطواء من السمات الواضحة فى قصصهم من خلال بعدهم عن الناس، وعدم الثقة فيهم.

تفسير قصص الأصحاء :

البطاقة (3 B M) يغلب على قصص الأصحاء الطابع السلبى فالبطل نائم من التعب، والانفعال الشائع هو الحزن، وقد أنكروا جميعًا وجود المسدس بالصورة، وهذا قد يعبر عن كبت النزعات العدوانية عندهم، وقد ذكرت (٥) حالات أن البطل أنثى، وتتفق هذه الاستجابات الشائعة.

البطاقة (8 B M) لم يدركوا جميعًا البندقية، كما أنكروا المسدس فى البطاقة، والنشاط الواضح هو إجراء جراحة وترتبط بها مشاعر الألم على من تجرى له، ولا أثر للجراحة، ولم يوضحوا نهاية القصص والانفعال السائد الحزن، وهو من المشاعر السلبية.

البطاقة (12 M) توضح القصص العلاقة بين المفحوص ومن يكبره سناً، وهى متمثلة فى الخضوع والاستسلام للبطل.

البطاقة (14) يرى المفحوصون أنها تعبر عن الأمل والتفكير فى المستقبل، وهو سلوك إيجابى مقبول اجتماعياً رغم ضغوط البيئة القاسية، وأفكار هذه القصص ليست متفقة مع الاستجابات الشائعة التى تعبر عن سلوك عدوانى تجاه المجتمع، ونهاياتها محددة، فهما سيخرجان من الظلام إلى النور، أى إلى مستقبل أفضل.

البطاقة (15) أجمع المفحوصون على أن الصورة للمقابر، وإن اختلفت الرؤية والانفعال السائد حولها الحزن والألم فيدل ذلك على مشاعر اكتئابية، وعلى الرغم من أن الصورة بها شخص واحد، إلا أن البعض أدخلاه فى علاقة مع آخر، حيث يزور أحد الأموات وحزين عليه، وهذا يتفق مع الاستجابات الشائعة.

البطاقة (16) عبرت الاستجابات عن رغبتهم فى العيش فى دنيا جميلة غنّاء تلفها السعادة والحب والترابط الأسرى والإخلاص والوفاء ونبذ الخلافات، وهى مشاعر إيجابية شائعة بين الأسوياء وتعبر القصص عن نشاط إيجابى ممثل فى انطلاق الناس وعطاء الأم [العصفورة التى تُأكّل أولادها كما أن إيجابية البيئة تتضح من خلال زروعها ومناظرها الجميلة.

مما سبق يتضح لنا أن قصص الأصحاء تتفق فى مجملها مع الاستجابات الشائعة للأسوياء، وليس فيها دلالات على أعراض الاضطرابات الانفعالية. كما أن معظم النهايات طبيعية، مما يدل على عدم وجود سمات ذهانية، ومن الملاحظ عدم وجود دلالات على الانطواء والعزلة وعلى الرغم من وجود علامات على القلق والاكتئاب إلا أنها ليست جوهرية.

ويتضح هنا الفارق بين الأصحاء والمرضى فى المشاعر السلبية والسلوك السلبى الواضح عند المرضى أكثر من الأصحاء، فنجد التعبير عن الحزن والبكاء واليأس والخوف والانطواء، بينما لم يعبر الأصحاء عن هذا الشعور بنفس الكم والكبت المتكرر فى قصص المرضى.

مما سبق يتضح أن نتائج اختبار تفهم الموضوع تتفق مع مقياس الاضطرابات الانفعالية. ومن مجموع ما تقدم

يتضح أن مرضى التهاب العصب السابع ذكوراً أو إناثاً، الشباب أو كبار السن يشعرون بالانطواء والقلق والاكتئاب بفارق جوهرى عن أقرانهم الأصحاء بدنياً، كما يتضح أن المرضى فى مرحلة العمر من [٢٥ : ٣٧] سنة يشعرون بالاضطرابات أكثر من المرضى فى مرحلة العمر من [٣٨: ٥٥] سنة، ويرجع ذلك إلى تأثير عامل الخبرة فى مواجهة المشاكل والمرض وأثره فى حلها بالتقدم فى العمر، كما أن معدلات الاضطراب الانفعالى تقل بالتقدم فى العمر وهذا ما أشار إليه «فؤاد البهى السيد» فى أن الصراع يبدأ فى كل مرحلة ثم يهدأ بعد ذلك نظراً لتقبل الفرد لبيئته وظروفه .

(فؤاد البهى السيد، ١٩٧٥ ، ص٤٠٧)

كما وجد «كاسيلز وزملاؤه» (١٩٨٤) علاقة مباشرة بين درجات الصحة العقلية وزيادة السن، فتزداد الصحة العقلية بزيادة التقدم فى العمر ، كما وجدوا أن درجات الصحة النفسية الجيدة لكبار السن لأنهم يستطيعون مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ويتكيفون مع المرض أكثر من المرضى الشباب.

(Cassileth, et al., 1984; p.p. 508: 510)

ويرى «فؤاد البهى السيد» (١٩٧٥) أن المراهق يشعر بالحرج والضيق لاختلال أعضاء جسمه وتشوه معالم وجهه.

[فؤاد البهى السيد، ١٩٧٥ ، ص ص ٢٩٢ : ٣٤٢]

ومع ذلك فصعوبة علاج التشوة أو تأخر شفائه يجعل هذه الاضطرابات مستمرة فى جميع المراحل العمرية . ولكن بدرجات متفاوتة.

وفى النهاية تأمل الباحثة أن يكون هذا البحث المتواضع ونتائجه المحددة المرتبطة بعينة البحث فقط قد أعطت بصيصاً من الضوء على الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لبعض مرضى التهاب العصب السابع (الشلل الوجهى)، وأن يكون قد فتح أبواباً جديدة لعديد من الدراسات والأبحاث التى تتناول هذا الموضوع بشكل أكثر تنوعاً فى العينات والأدوات، وحتى يصل العلم فى النهاية إلى استكمال صورة هؤلاء المرضى، ومحاولة التخفيف عن آلامهم من الجانب النفسى.

المراجع العربية

١- أحمد عبد الخالق (١٩٩٤) : الدراسات التطورية للقلق، حوليات كلية الآداب، جامعة الكويت، ١٤، (٩٠).

٢ - أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢) : فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، دراسة نفسية، بحث منشور.

٣ - بدرية كمال أحمد (١٩٩٤) : دراسة نفسية لبعض مرضى الفشل الكلوى وزارعى الكلى، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٤ - بشير معمرية (٢٠٠٠) : مدى انتشار الاكتئاب النفسى بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة علم النفس العدد، ٥٣، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٥ - حامد زهران، (١٩٧٨) : الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.

٦ - دافيد شيهان (١٩٨٨) : مرض القلق، ترجمة ،عزت شعلان،، مراجعة ،أحمد عبد العزيز سلام،، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٢٤، الكويت.

٧ - رشاد عبدالعزيز موسى (١٩٨٩) : النوع كمحدد سلوكى فى الاكتئاب، دراسة عاملية، مجلة علم النفس، العدد ١١ الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٨ - رشدى فام وفرج أحمد (١٩٧٤) : الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع، بحث ميدانى منشور، المركز القومى للبحوث الاجتماعية، القاهرة.

٩ - صفوت فرج (١٩٨٠) : القياس النفسى، دار الفكر العربى، القاهرة.

١٠ - عطية هنا وسيد غنيم وعبدالسلام عبد الغفار (ب.ت) : اختبار عوامل الشخصية للراشدين، الصورة (ب)، النهضة العربية، القاهرة.

١١ - علاء كفافى ومايسة النيال (١٩٩٧) : الغضب فى علاقته ببعض متغيرات الشخصية، دراسة لدى شرائح عمرية مختلفة فى المجتمع المصرى والقطرى، بحث منشور، مجلة ،الإرشاد النفسى،، العدد السادس .

١٢ - غريب عبد الفتاح، (١٩٩٣) : مفهوم الذات فى مرحلة المراهقة وعلاقته بالاكتئاب، دراسة مقارنة بين مصر والإمارات العربية المتحدة، بحث منشور، الجمعية المصرية للدراسات النفسية - المؤتمر الثامن.

١٣ - فرج طه وآخرون (ب.ت) : معجم علم النفس والتحليل النفسى، النهضة العربية، بيروت.

١٤ - محمد توفيق (١٩٩٧) : فاعلية برنامج إرشادى لخفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٥ - فؤاد البهى السيد (١٩٧٥) : الأسس النفسية للنمو، الجزء الرابع، دار الفكر العربى، القاهرة.

المراجع الأجنبية

1- **Bell;s Palsy (2002):** Information sitsymptoms of Bell's & Facial Paralvsis; Priendt Friendl of 4.

2- **Harre, R., & Lamb R. :** (1986): The Dictionary of Psychological and Clinical Psychology Oxford, Publishing Services.

3. **Kendall P. Mocdonald J.;** (1993): Cognition in the Psychopathology of yourth implications for Treatment sandiego; Academic Press, Inc.

4. **Canparisons & Syntheses, P.:** (1995): Van, No Strand Comp., N,Y.

5. **Mindell, Jodia, Oene, Juditha, Carskadon, Mary A.;** (1995): Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North Adolescent Psychitric Clinics of North America, Vol 8 (4).

6. **Nolan T., & Pless J.B.,** (1987): Emotional Carrelates and Conseaun of Birth defects. J. bediatr.

7. **Pertschuch M.,** (1987): Psychological Considerations in Canio facial de formity, Clin Plast surg.

8. **Peter M.,** (2001) : Diffemces in suicide attampts from Adolescence to young adulthood; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

9. **Rosen Jamesc, Compas, Bruces., Tacy, Barnara;** (1993): The Relation among stress Psychological syoptoms and Eating disorder symptpms Aprospective Analysis. International Journal of Eating Disorders.

10. **Shontz, F.C.:** (1980) : Tz, F. C., Theories about adjustment to having disability, in Cruick shauk, W.M., Psychology of Exceptional Children and youth; 4th ed., N.J. Prentice Hall, Inc, Engle wood cliffs, shap.1